

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

627

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898 à une heure

PAR

A. MARGOULISS

Né à Nikolaïev (Russie), le 20 Octobre 1870

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE LA CHARITÉ (NIÈVRE)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES NERVEUX

DANS LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. DEBOVE, professeur,

*Juges : MM. { CHANTEMESSE, professeur
 { BALLET et CHARRIN, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

THE

LIBRARY OF THE

UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

THE UNIVERSITY OF

627

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898 à une heure

PAR

A. MARGOULISS

Né à Nikolaïev (Russie), le 20 Octobre 1870

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE LA CHARITÉ (NIÈVRE)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES NERVEUX

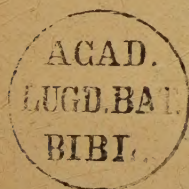
DANS LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. DEBOVE, professeur,

Juges : MM. { CHANTEMESSE, professeur
BALLET et CHARRIN, agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	CHANTERMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GL Y	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHASSEVAND	LETULLE	RETTÉRER	WIDAL
DELBET	MARFAN	RICARD	WURTZ
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Notre maître, Monsieur le docteur Tapret, médecin à l'hôpital Lariboisière, à qui nous devons tant pour notre instruction médicale, a bien voulu attirer notre attention sur la question que nous traitons dans notre thèse inaugurale ; il nous a donné des éclaircissements, qui nous étaient nécessaires dans un sujet aussi ardu. Qu'il veuille bien accepter nos remerciements les plus profonds.

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre plus vive reconnaissance à Monsieur le Professeur Berger pour la bienveillance qu'il nous a toujours montré au cours de nos études et pour les sains principes de la clinique qu'il nous a inculqués.

Nous remercions également nos maîtres : monsieur le Professeur Le Dentu, monsieur Nélaton, professeur agrégé de la Faculté de médecine, Monsieur Barth, médecin des hôpitaux, Monsieur Mau-

riac, ancien médecin des hôpitaux pour l'enseignement dont nous avons profité sous leur direction. Nous devons nos meilleurs souvenirs à des maîtres disparus malheureusement en pleine période d'activité, à Monsieur Hannot et Monsieur Aug. Ollivier, médecins des hôpitaux.

Nous conservons également de bons souvenirs de notre maître dans la science si intéressante et si difficile de l'aliénation mentale, de Monsieur le Docteur Faucher, Directeur Médecin de l'asile d'aliénés de la Charité.

Nous désirons que Monsieur le Docteur Londe croie à notre vive reconnaissance pour l'extrême obligeance avec laquelle il nous a prêté le précieux concours de ses conseils.

INTRODUCTION

Les troubles nerveux qu'on rencontre au cours de la phtisie pulmonaire sont extrêmement variés. Ils peuvent être d'origine cérébrale, spinale ou névritique. Ils peuvent être dûs à une localisation tuberculeuse ou à une complication non bacillaire. Nous n'aurons en vue dans ce travail, que les troubles nerveux de cette dernière catégorie, c'est dire que nous laissons de côté la tuberculose méningée, cérébrale, spinale ; nous éliminons également les névrites et les névralgies pour nous occuper de troubles nerveux d'origine centrale d'une façon générale et en particulier de quelques-uns d'entre eux.

Parmi les troubles d'origine centrale les plus importants sont sans conteste les troubles cérébraux. Ceux-ci peuvent être dûs ou bien à une infection secondaire (méningo-encéphalite, thrombus des sinus, abcès), ils peuvent être la conséquence

de la lésion d'un organe éloigné tel que le rein, le foie, le cœur, la plèvre, ils peuvent résulter de la propagation d'une lésion du voisinage (carie du rocher).

Enfin ils peuvent être dûs à l'association d'une névrose ou d'une maladie organique du système nerveux : nous voulons parler d'une part de l'hystérie, de la neurasthénie et de la folie et d'autre part de la paralysie générale progressive.

Quant aux troubles spinaux, nous ne signalerons ici qu'un fait que nous devons à notre observation personnelle, à savoir une maladie de Raynaud chez une phthisique. Nous ne revenons pas sur la paralysie générale que nous avons signalée plus haut.

Ce court aperçu suffit pour montrer la fréquence relative des complications nerveuses de la phtisie pulmonaire. On ne doit pas s'étonner de ces associations morbides lorsqu'on considère combien sont habituelles les tares nerveuses dans les antécédents héréditaires ou personnels des phtisiques. On pourrait parallèlement étudier la phtisie chez les fous et les dégénérés, mais notre objet ici sera uniquement l'association inverse, à savoir, les troubles cérébraux chez les phthisiques.

Cette étude nous a semblé avoir un intérêt réellement pratique ; ainsi on pourra avoir en clinique à poser un diagnostic entre l'hystérie et

la méningite tuberculeuse dans un cas de tuberculose pulmonaire. Nous rapporterons un fait de ce genre.

Mais cette étude n'a pas qu'un intérêt pratique ; elle a aussi une portée scientifique, que nous n'avons malheureusement pu qu'entrevoir, sur les deux points suivants : la méningite cérébro-spinale, question à l'ordre du jour, peut se trouver associée à la méningite tuberculeuse ; elle peut aussi sans doute évoluer pour son compte sur un sujet tuberculeux ; on voit la nécessité de discuter le diagnostic et le pronostic dans un cas pareil.

D'autre part, Klippel (dont les travaux multiples sur la question des paralysies générales sont bien connus) pense qu'on peut trouver la tuberculose à l'origine de la paralysie générale.

Dans un mémoire (1) récent cet auteur, donnant une classification d'ensemble, divise les paralysies générales en paralysies générales inflammatoires primitives, en paralysies générales secondaires et paralysies générales dégénératives ; dans ce troisième groupe rentreraient les faits auxquels nous faisons allusion.

Mais nous n'aborderons pas ces questions dif-

(1) D^r KLIPPEL. — Les paralysies générales progressives (*Arch. génér. de Méd.*, 1898, n° 6).

ficiles ; nous nous bornerons à l'étude de quelques faits ; nous étudierons en particulier la folie, l'hystérie, la neurasthénie, et la paralysie générale. Nous ne signalerons qu'au diagnostic les faits pourtant si intéressants qui sont sous la dépendance d'une lésion cardiaque, rénale, hépatique ou pleurale.

Nous rappellerons seulement que le cœur peut donner lieu à deux sortes de complications cérébrales ; 1°, la folie cardiaque proprement dite chez un asystolique atteint de tuberculose fibreuse (on sait que c'est surtout cette forme de tuberculose qui donne lieu à l'asystolie) ; 2°, l'embolie cérébrale résultant d'une endocardite végétante.

L'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique sont aussi la cause de manifestations cérébrales importantes, mais rares, que nous n'avons pas malheureusement le temps d'étudier et qui sont la conséquence, soit d'une néphrite, soit d'une cirrhose tuberculeuse.

Enfin nous ne signalons que pour mémoire le délire de la pleurésie diaphragmatique.

DES PSYCHOSES

C'est Esquirol et, plus tard, son élève Georget (1), qui se sont les premiers occupés sérieusement des rapports entre les deux états morbides ; Barrow (2) et Ellis (3) en Angleterre et Friedreich en Allemagne les ont étudiés. Mais c'est surtout Schroeder, Van der Kolk et Ball qui ont donné des notions intéressantes et importantes sur le sujet.

Docteur Mokinonn est arrivé dans son « Annual report of the Royal Edimburgh Asylum » de 1843 à la conclusion que, « les scrofules et la constitution des aliénés se touchent d'on ne peut plus près ».

« Il est des sujets tuberculeux particulièrement nerveux et impressionnables chez qui l'anémie ou les troubles digestifs provoquent de bonne heure des phénomènes d'excitation ou de dépression ner-

(1) De la folie.

(2) Commentaries on Insanity.

(3) On insanity.

veuse, de l'accablement matinal, des spasmes vasculaires, une exaltation de la sensibilité, de l'agitation anormale et même de l'hypochondrie et de la mélancolie. Ces phénomènes n'ont point par eux-mêmes de signification précise ; ils indiquent seulement un commencement de déchéance ». (1) On note donc quelquefois au début de l'hyperexcitabilité, mais le plus souvent des phénomènes de dépression. Marcé a noté de l'hypochondrie et de la mélancolie.

D'après Darenberg (2) certaines modifications de caractère (apathie sans cause appréciable) chez des sujets prédisposés doivent faire craindre le développement de la phthisie et tout particulièrement l'apparition de méningo-encéphalite.

Avec l'évolution de la phthisie on constate chez les tuberculeux un état d'esprit qui est connu sous le nom d'euphorie. Cet état d'esprit consiste en ceci, que le malade se fait des illusions sur sa santé et se croit sur la voie de guérison, lorsqu'il est à la dernière extrémité. Ball (3) dit : « Pour moi, c'est toujours un véritable sujet d'étonnement de voir le calme, l'indifférence et la sécurité avec la-

(1) GRANCHER et HUTINEL. — Phtisie. Dictionnaire de Déchambre.

(2) DAREMBERG. — Sur les débuts cérébraux précoces de la tub. chez l'adulte (*Archives gén. de méd.*, 1883, 1, 714),

(3) BALL. — L'encéphale. Folie et phtisie, 1881, n° 2).

quelle un homme dont les poumons sont ravagés voit approcher sa fin, tandis que, dans un lit voisin, un simple hémorroïdaire nous étourdit de ses ennuyeuses lamentations, et se déclare à chaque instant perdu. Il y a un tel contraste entre le stoïcisme des uns et la pusillanimité des autres, qu'il est impossible de ne point voir dans cette corrélation étrange l'une des preuves les plus manifestes de l'influence du physique sur le moral ». Et plus loin : « on les voit, pour ainsi dire, s'avancer souriant vers la mort ».

Cet état d'esprit constitue une forme de délire lorsqu'il est exagéré.

Mais quelquefois on constate un défaut opposé, les malades se laissant aller au découragement, à l'hypochondrie.

Ball observa quelques cas de délire de persécutions. Kmelewski rapporte une observation dans les *Arkhiw Psykhiatrii* d'une malade atteinte de psychose neurasthénique ; nous la donnons d'ailleurs plus loin (Obs. II). Nous rapportons également une observation de Roger, de stupeur chez un phthisique (Obs. I).

A la période terminale, on peut observer, d'après Grancher et Hutinel, un délire diffus, incohérent, violent ou tranquille, parfois érotique, rarement un délire systématisé (Ball) ; cette manie terminale ne répond en général à aucune altération

organique ; parfois elle coexiste avec de l'anémie, de la congestion, de l'œdème du cerveau, on attribue ces troubles à la cachexie, à l'action des toxines, à l'asphyxie surtout ; le cerveau est grisé par l'acide carbonique (Ball).

Ce qui prouve d'une façon des plus évidentes les rapports entre ces états morbides et la tuberculose dans les cas qui nous occupent, c'est que les deux affections suivent une marche parallèle, que la phthisie et la folie peuvent obéir à la loi d'alternance et se remplacer mutuellement. Avec la guérison ou l'affaiblissement d'évolution d'un état, l'autre subit une recrudescence. Ainsi la tuberculose allant à la guérison, les troubles psychiques apparaissent et *vice versa*. Nous rapportons plus loin deux observations de ce genre (Obs. II, III). Enfin, l'hérédité donne un fort appui à cette opinion des rapports entre les deux affections. Ainsi, nous constatons dans beaucoup d'observations, et c'est d'ailleurs l'opinion de nombre d'auteurs, que dans les antécédents héréditaires de tuberculeux on trouve souvent des troubles nerveux, aussi bien que dans les antécédents des aliénés on note de la tuberculose.

Ball cite un exemple frappant d'une femme atteinte de paralysie générale, qui avait quatre frères et sœurs morts de phthisie ; six frères et sœurs devinrent aliénés et une sœur bien portante

eut deux enfants qui moururent de méningite tuberculeuse. On pourrait citer par centaines les observations prouvant ce fait.

Ici se pose une question : les délires liés à la tuberculose pulmonaire sont-ils de même nature, portent-ils le même caractère que les autres délires vésaniques ?

D'après Clouston, ils diffèrent des autres délires et on pourrait reconnaître l'origine tuberculeuse du délire par le caractère qu'il présente.

D'après lui, au début, la maladie s'annonce comme une manie ou une mélancolie ; on observe de l'excitation ou de la dépression. Mais bientôt la période aiguë s'éteint et le malade tombe dans un état chronique. Il présente une disposition d'esprit toute spéciale. Il est en proie à une irritabilité morbide, à une mauvaise humeur continuelle, il est atteint de manie de soupçon (*mania of suspicion*) ; il présente pour ainsi dire un faux délire de persécutions. Il existe, en même temps, une sorte de paresse intellectuelle, une aversion profonde pour le travail, une horreur du mouvement.

Cet état de dépression est souvent traversé par des accès d'emportement. Sans aucun motif, le malade se met en colère, mais son irritation ne dure pas longtemps. Peu à peu, le sujet verse dans la demi-démence, coupée quelquefois par des intermittences périodiques. Des éclairs d'intelligence

viennent quelquefois traverser l'obscurité, et c'est surtout chez les aliénés phthisiques que l'on constate ce retour complet de la raison aux approches de la mort, fait constaté par nombre d'observateurs.

La description de Clouston est exacte dans un grand nombre de cas, mais il est incontestable qu'on trouve des observations de malades, dont le délire a été provoqué par la phthisie pulmonaire, et qu'il est impossible de distinguer d'un délire vésanique de même nature.

Il est remarquable, que les phthisiques tombés en démence n'engraissent pas, comme les autres aliénés.

Le pronostic de l'aliénation mentale chez les phthisiques est presque toujours fatal, le malade guéri de l'aliénation mentale succombe à la phthisie pulmonaire.

La durée dépasse rarement trois ans (Bull).

D'après Schüle, on trouve, comme les lésions anatomiques, chez plusieurs sujets une hypérémie veineuse des méninges avec anémie de la substance corticale sous-jacente ; le cerveau est pâle, œdématisé et présente par places une vascularisation irrégulière. Au microscope, on constate de l'infiltration graisseuse et la rupture de quelques cellules corticales.

Un fait important à noter est signalé par Clouston (1). Le poids spécifique de la substance grise serait notablement amoindri.

(1) CLOUSTON. — De la tuberculisation et l'aliénation (*Ann. méd. psych.* T. III, 1864).

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La phthisie pulmonaire peut être invoquée comme un des facteurs de la paralysie générale, rarement il est vrai. D'après Klippel la raison en est peut-être dans ce fait, qu'on examine mal les poumons de ces malades, toute l'attention étant attirée sur les symptômes propres de l'affection. Il a observé plusieurs cas de paralysie générale chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ancienne, fait remarquable étant donné la rareté de la phthisie chez les paralytiques généraux. Un fait curieux à noter c'est que la phthisie donne lieu, chez les paralytiques généraux, à un délire mélancolique avec dépression, au lieu de délire expansif, avec idées ambitieuses, qui est si fréquent chez ces malades (1). Les tuberculoses donnant naissance à la paralysie générale ont « une marche lente et sourde. On ne constate pas

(1) BALLE. — Encéphale, 1881.

de toux, ni expectoration, ni fièvre, ni hémoptysie (1). » Ce sont les symptômes de paralysie générale qui prédominent. Mais c'est l'aspect de ces malades atteints de deux affections qui attire l'attention.

Ils ont l'habitus des phthisiques surajouté à leur extérieur des paralytiques généraux. Ainsi on constate un amaigrissement extrême ; facies des tuberculeux à la période cavitaire. Les doigts sont en massue, les ongles bleuâtres et recourbés. Un peu de cyanose quelquefois et les extrémités froides.

D'après Klippel la paralysie générale se complique invariablement sous la forme d'infection secondaire à streptocoque ou à pneumocoque et ne favorise nullement le développement du bacille de Koch (2).

Mais il y a des malades, d'après le même auteur, chez qui la paralysie générale et la phthisie évoluent simultanément, et d'autres chez lesquels la tuberculose est antérieure à la paralysie générale et peut, et doit jouer un rôle étiologique dans ces cas.

A l'autopsie dans la plupart des cas on ne trouve pas de tubercules dans les méninges enflammées.

(1) KLIPPEL. — Paral. génér. et tub. pul. (*An. de psych. et d'hypnot.*, 1891).

(2) KLIPPEL. — *Loc. cit.*

DE L'HYSTÉRIE

Hoffmann le premier étudie les rapports entre l'hystérie et la tuberculose pulmonaire et de son étude il déduit que l'hystérie est une cause prédisposante de la phthisie. Briquet, Bernutz, etc., défendent la même opinion. Mais ce n'est que Pidoux qui a établi que la phthisie marche lentement et présente des rémissions fréquentes chez les personnes affectées de névrose :

Après lui, Grasset publie une série d'observations concernant les rapports des deux états et conclut que la tuberculose est une maladie essentiellement générale et constitutionnelle, la phthisie pulmonaire est une des manifestations de cette maladie, elle n'en est pas la seule. Les névroses en général, l'hystérie en particulier peuvent aussi être la manifestation directe de l'affection diathésique :

Ensuite Lombard (*Gazette méd.*, 1876), le Pro-

fesseur Raymond (*Société de Biologie*, 1881), Brousse (*Gazette hebdomadaire de médecine de Montpellier*, 1881) présentent des observations intéressantes la question.

Dans diverses publications, Leudet (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1877 ; *Congrès du Havre*, 1877 ; *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1885) soutient cette thèse.

Le professeur Verneuil (1) dit avoir constaté plusieurs fois une sorte d'antagonisme existant entre l'hystérie et la scrofule.

Furet (2), Largaud (3), Gebotteau (4), Glénéanu (5) s'occupent des mêmes questions dans leurs thèses inaugurales.

Babinski traite la question à la société de médecine des hôpitaux en 1892 ; pour lui aussi, l'hystérie peut être provoquée par la tuberculose pulmonaire.

Enfin, Charion croit que la phthisie des ascendants est une cause prédisposante de l'hystérie chez les enfants.

« Nous pouvons donc inscrire comme fréquente l'hystérie chez les individus de la souche tuberculeuse, » dit Dutil dans le *traité de Médecine*.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1885.

(2) *Thèse de Paris*, 1880.

(3) *Thèse de Montpellier*, 1882.

(4) *Thèse de Paris*, 1894.

(5) *Thèse de Paris*, 1896.

Weil (1), dans son article sur les troubles nerveux chez les tuberculeux, écrit que le phénomène prédominant chez les phthisiques est l'hyperesthésie musculaire, le plus souvent unilatérale ; elle s'accompagne plus tard de l'hyperesthésie de tissus profonds : des os, articulations, tendons. On note la modification de la sensibilité cutanée ; il s'agit ordinairement de l'analgésie ; le sens du toucher persistant toujours, mais quelquefois tous les modes de sensibilités sont abolis. Le réflexe pharyngien est souvent absent. On trouve du rétrécissement du champ visuel. Les réflexes rotuliens sont sans grande valeur, rarement exagérés, rarement diminués. On note des douleurs spontanées. On a rarement l'occasion de constater des troubles de motilité. Ces troubles nerveux sont diffus ou plus souvent prédominant d'un côté.

D'après Weil, « on ne peut rapporter ces phénomènes qu'à un trouble dans la fonction des centres nerveux et en particulier de l'encéphale. Aucune affection périphérique portant sur les nerfs, les muscles, les vaisseaux, ne peut expliquer la distribution presque toujours unilatérale des troubles nerveux, leur apparence systématique, leur association avec le rétrécissement concentrique du

(1) WEIL. — Des troubles nerveux chez les tub. (*Revue de Méd.*, 1893).

champ visuel. Ce dernier symptôme d'une grande valeur, au point de vue nosographique, conduit naturellement à l'idée d'une modification des centres nerveux analogue à celle qui existe dans l'hystérie ».

Ce qui présente le plus grand intérêt, et est d'une importance capitale, ce n'est pas tant la corrélation entre ces états morbides, que leur façon d'être l'un envers l'autre.

Nous constatons dans toutes les observations, ou à peu de choses près, une loi d'alternance, qui est d'ailleurs la loi générale dans les rapports entre la plupart des troubles nerveux avec la phthisie; cette loi s'observe dans presque toutes les maladies. Nous voyons souvent dans les observations que la phthisie rétrocedant, c'est l'hystérie qui prédomine, ou inversement. Dans le cas où elle n'arrête pas la marche de la phthisie, elle en ralentit presque toujours la marche.

Voici les conclusions de la *thèse inaugurale* de Largaud (1), de 1882. D'après cet auteur, tout dépend de la durée et du degré d'intensité des phénomènes névropathiques.

1^{er} degré. — Les manifestations hystériques étant faibles, l'évolution tuberculeuse sera simplement ralentie.

(1) *Thèse de Montpellier*, 1882.

2^e degré. — Ces manifestations étant plus accusées, nous constaterons alors une véritable lutte entre les deux maladies ; une espèce de balancement, et il y aura prédominance tantôt de l'une, tantôt de l'autre.

3^e degré. — L'hystérie est violente et dans ce dernier cas restera maîtresse du terrain ; la phthisie pulmonaire s'arrêtera, puis disparaîtra plus ou moins dans la symptomatologie ordinaire.

Il donne des observations confirmant ces conclusions.

Ainsi, l'observation VII donne un exemple frappant de la tuberculose pulmonaire rétrocedant devant l'hystérie qui prend sa place.

Dans l'observation VI, qu'il présente, les phénomènes hystériques disparaissant complètement, la tuberculose pulmonaire prend une marche rapide.

Nous rapportons deux observations analogues (Observ. VI et VII).

Le plus souvent, l'hystérie précède le début de la tuberculose, quelquefois apparaît dans son cours et rarement elles débudent simultanément ou à peu près.

D'ailleurs, Weil distingue l'hystérie vraie et les manifestations hystériformes ; d'après cet auteur, cet état hystériforme excède rarement trois mois ; ce sont des phénomènes essentiellement passa-

gers, tandis que l'hystérie vraie dure beaucoup plus longtemps.

Cette action de l'hystérie sur la tuberculose pulmonaire pourrait s'expliquer par ralentissement de nutrition. On constate une diminution de la quantité d'urines, des matières solides, de l'urée, de l'acide phosphorique (1).

Nous ne croyons pas qu'on puisse affirmer dans un cas donné, que nous avons affaire à l'hystérie vraie ou aux phénomènes hystériformes sans s'adresser à l'anamnèse et sans prendre en considération la marche de l'affection en question.

En effet, nous trouvons dans les deux cas des phénomènes analogues, et ce n'est qu'en constatant la corrélation de cause à effet que nous pouvons affirmer que ceci est un trouble provoqué par la tuberculose, tandis que cela est une maladie indépendante. Il est vrai qu'on peut se demander si l'hystérie vraie n'a pas attendu un moment propice pour faire son apparition, mais les phénomènes hystériformes que nous avons décrit plus haut n'ont que trois mois de durée, se voient surtout au début de la tuberculose pulmonaire et disparaissent presque toujours ; pour l'hystérie vraie, ces phénomènes ont une autre allure.

Le pronostic de la tuberculose, compliquée

(1) GLINÉANU. — *Thèse de Paris*, 1894.

d'hystérie est donc favorable ; elle exerce une influence considérable sur la marche de la phthisie pulmonaire, elle en retarde l'évolution.

Il y a une alternance entre les deux états ; il est vrai que cette alternance n'est pas constante. Les troubles hystérisiformes peuvent avoir une influence favorable aussi sur la marche de la phthisie.

Il se dégage de ce que nous venons de dire au point de vue clinique et thérapeutique des conclusions de la plus haute importance.

Si l'hystérie peut guérir ou du moins ralentir la marche de la phthisie pulmonaire, si les phénomènes alternent, il y a donc grand intérêt à ne pas guérir complètement ou du moins surveiller de près les hystériques atteints de tuberculose pulmonaire, et il ne faut pas regretter de voir l'hystérie éclater chez les phthisiques.

Il y a donc lieu de peser le pour et le contre d'un traitement énergique de l'hystérie chez les phthisiques.

DE LA NEURASTHÉNIE

C'est Bouchut qui attira le premier l'attention dans son *traité de nervosisme sur la neurasthénie* provoquée par les états infectieux, et ce n'est qu'à la période peu éloignée de nous, qu'on les a étudiés avec soin.

La phthisie comme les autres maladies infectieuses provoque de la neurasthénie et nous croyons que si on étudiait les tuberculeux avec soin, à ce point de vue, les cas auraient été plus fréquents.

Comment la phthisie provoque-t-elle la neurasthénie, quelles sont ses particularités, si elles existent, quelles sont leurs évolution et influence réciproques. Telles sont les questions qui se posent à notre esprit. Sur la cause de cet état, nous ne pouvons malheureusement faire que des hypothèses.

D'une façon générale, il y a des auteurs qui rat-

tachent l'explosion de cette maladie à la suite des autres états infectieux, à l'ébranlement du système nerveux. Pour d'autres, ce sont surtout les causes morales qui la provoquent ; d'autres soutiennent que ce sont des causes morales associées aux causes physiques ; d'autres enfin invoquent l'auto-intoxication d'origine gastrique. Nous croyons que les causes de la neurasthénie dans la phthisie sont très complexes.

Tout d'abord, un phthisique par le seul fait de sa maladie se trouve affaibli ; son organisme supportera moins bien les chocs qui laisseraient un homme bien portant sans conséquence. Il est préoccupé par sa maladie, s'il a de l'hérédité nerveuse, ce qui est très fréquent chez les malades atteints ultérieurement de neurasthénie, cela fera encore un élément dans l'étiologie de cette affection.

Peut-on, en se basant sur les symptômes, faire un diagnostic de neurasthénie tuberculeuse ? Nous ne le croyons pas. On peut le faire en se basant sur la marche de la maladie, sur leurs relations. Au contraire, quand dans un état neurasthénique, malgré le traitement, la maladie résiste, sans cause apparente, il faut penser à la phthisie et examiner l'état des poumons.

Il est intéressant à noter qu'on constate ici quelquefois la même alternance de deux affections que

dans les autres troubles cérébraux. La neurasthénie ralentit quelquefois la marche de la phthisie, et la guérison d'une maladie peut donner un coup de fouet à l'autre.

L'observation IX présente un exemple intéressant confirmant ce que nous venons de dire.

Vanni (1) émet les conclusions suivantes :

1° Il peut y avoir une forme de neurasthénie associée à la période initiale de la tuberculose pulmonaire.

2° Les phénomènes neurasthéniques sont la conséquence directe de l'épuisement organique provoqué par la phthisie.

3° Dans les cas de la neurasthénie, lorsque sans raison valable (persistance des causes nuisibles, interruption du traitement, etc.,) on n'obtient pas d'amélioration, on doit penser à cette probabilité.

4° Dans tous les cas de neurasthénie, offrant même de très loin quelques apparences suspectes, le médecin doit examiner les organes respiratoires.

Nous ferons remarquer que cette neurasthénie initiale de la tuberculose augmente le nombre de neurasthénies symptomatiques et prodromiques, sur lesquelles ont insisté certains auteurs, en particulier, M. Ballet.

(1) La neurasthénie et tub. pul. (*Gazetta Medica di Torino*, 1893.

DIAGNOSTIC

Il est évident que le diagnostic des troubles nerveux, qui viennent parfois compliquer la tuberculose, est très différent suivant les cas, puisque nous venons de voir, combien ces complications sont variées.

Pourtant il nous a semblé intéressant d'envisager la question à un point de vue général et nous discuterons ici surtout les trois points suivants :

1) Une complication nerveuse, par exemple, la neurasthénie, peut marquer le début de la tuberculose.

2) On peut avoir à poser le diagnostic entre les différentes psychoses, susceptibles de se présenter au cours de la tuberculose, ainsi on peut avoir à se demander si un tuberculeux fait de la paralysie générale, ou bien s'il fait seulement la mélancolie, de l'hypocondrie ou le délire des persécutions.

3) Le point le plus délicat et le plus important du diagnostic consiste dans la distinction de la méningite tuberculeuse avec l'hystérie, avec le délire de la période ultime, avec la méningite cérébro-spinale, et enfin avec l'urémie.

Pour ce qui est de la première question, nous ferons remarquer seulement qu'elle est assez facile à résoudre pourvu qu'on y pense. L'écueil consistera à méconnaître une tuberculose derrière une neurasthénie. On évitera cette erreur, si derrière la neurasthénie, état très souvent secondaire, on recherche la maladie primitive et si on fait un examen complet de son malade.

La question du diagnostic de paralysie générale et des autres psychoses développées sous l'influence de la tuberculose ne peut guère être bien établie à l'heure actuelle étant donné le doute qui règne encore sur la paralysie générale d'origine tuberculeuse. D'ailleurs, il n'est guère possible de reconnaître l'origine tuberculeuse de la paralysie générale, et Klippel lui-même nous dit que c'est en reconnaissant dans les poumons des lésions tuberculeuses qu'on devra songer aux dégénérescences cérébrales d'origine toxi-infectieuse et dyscrasique de cette maladie.

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse avec le délire de la période ultime peut être assez difficile au début, mais la confusion ne serait pas de

longue durée et d'ailleurs l'erreur, fût-elle prolongée, ne serait pas grave. Disons seulement qu'on doit faire le diagnostic de méningite dans ces cas beaucoup plus d'après les troubles somatiques que d'après les troubles psychiques.

Nous ne rappelons ici le diagnostic de la méningite cérébro-spinale que parce qu'il s'agit d'une question à l'ordre du jour. Il est évident que chez un tuberculeux avéré, cette méningite cérébro-spinale aurait les plus grandes chances d'être due à une infection mixte à la fois pneumococcique et tuberculeuse. Quant au diagnostic de l'hystérie, il est d'une très grande importance.

C'est en somme le diagnostic du méningisme que nous avons à faire ici.

On sait que le diagnostic de la méningite repose surtout au début sur le ralentissement du poulx. C'est là, en effet, le symptôme que l'hystérie simulerait le moins facilement.

En cas de doute, il serait indiqué de faire un examen complet de l'urine et de rechercher l'inversion de la formule des phosphates. C'est ce qui a été fait dans l'observation du Docteur Londé qui est rapportée ci-dessous (Obs. VIII).

MM. Gilles de la Tourelle et Cathelineau ont trouvé que pendant l'attaque d'hystérie et les états paroxystiques de cette maladie, en général le rapport des acides phosphoriques terreux et des

acides phosphoriques alcalins, qui à l'état normal est de 1 à 3, devient égal à l'unité. On verra que dans les premiers jours surtout de la maladie rapportée ci-dessous, l'analyse d'urine faite par Monsieur Yvon concluait à une méningite tuberculeuse.

Quelquefois même sur la table d'autopsie, il est difficile de faire le diagnostic de méningite tuberculeuse. Ainsi dans notre observation XI, nous nous demandons si nous avons à faire à la méningite tuberculeuse avec des granulations microscopiques ou à une pachyméningite par infection secondaire.

Dans l'observation XII, nous pouvions penser à la méningite, si les antécédents du malade n'avaient pas attiré notre attention du côté des sinus.

Il ne faudra guère penser à l'urémie, qui est rare chez les phthisiques, qu'en présence d'une complication rénale avérée.

Nous ajoutons, en outre, à notre série d'observations une observation, qui tout en sortant de notre cadre nous a paru très intéressante ; il s'agit d'une malade qui a présenté le syndrome de Raynaud au cours de la tuberculose.

OBSERVATION I

Folie phthisique par P. H. ROGER, Interne, lauréat des hôpitaux. L'encéphale 1885.

Le nommé B... âgé de 23 ans, entré à l'hôpital Laënnec, salle Larochefoucauld, lit 29 (Service de M. le professeur Ball) le 12 janvier 1885.

Ce malade est entré à l'hôpital pour être traité d'une phthisie pulmonaire, arrivée à la troisième période. Maigreur assez considérable, teint pâle, sueurs nocturnes, pas de diarrhée, trace d'albumine dans les urines.

Signes physiques. — Sous la clavicule gauche, bruit de pot fêlé, souffle caverneux.

En arrière, on entend également un souffle caverneux qui occupe les fosses sus et sous épineuses. Dans tout le reste des poumons, râles sous crépitants disséminés.

A droite, au sommet, on trouve aussi des signes cavitaires, mais ils sont bien localisés et le reste du poumon droit paraît sain.

Sous l'influence d'un traitement général l'état du malade s'améliora très notablement et, sur sa demande, le

25 mars, on le fit passer dans le service des chroniques, salle Béhier, lit n° 3.

Il ne se produisit d'abord aucun phénomène notable dans son état, jusqu'au lundi 30 mars, où nous le trouvons dans l'état suivant : Le malade est couché sur le dos ; les yeux sont grands ouverts ; le regard fixé, les pupilles dilatées et légèrement inégales. En vain, essaye-t-on de le faire parler ; le malade semble ne pas entendre, et ne pas voir. Depuis la veille au soir il n'a pas prononcé une parole. En le pinçant ou le piquant, on amène quelquefois une grimace mais jamais un cri ou une plainte.

La première idée qui vienne à l'esprit devant ces troubles cérébraux c'est de penser à une méningite tuberculeuse. Il est vrai que le malade est atteint de diarrhée, qu'il n'a pas de vomissements. En revanche, il existe une certaine raideur de la nuque ; il n'y a plus de phénomènes de foyer : pas de rougeur spontanée de la face ; mais raie méningée très lente à apparaître et à disparaître, le pouls est à peu près normal (80-90).

La température accuse autour de 37. Albumine dans l'urine.

Cet état se prolonge les jours suivants sans aucun changement, le malade reste dans un mutisme absolu, il semble avoir perdu toute conscience du monde extérieur.

On est forcé de lui mettre les aliments dans la bouche.

Traitement. Iodure de potassium 1 gramme et de temps en temps calomel 1 gramme.

Le 12 avril se produisit une certaine amélioration ; le malade commença à dire quelques mots. Mais il parlait peu et rarement ; il s'exprimait à voix extrêmement basse. Ses paroles sont incohérentes, le plus souvent il se plaint d'être « ennuyé » par des visions ou même par des êtres imaginaires. Peu à peu les idées deviennent plus nettes. Vers la fin d'avril il se rendait mieux compte de sa situation, se plaignait de souffrir de la tête ; mais la parole était toujours lente et faible ; la nuit il avait le plus souvent un délire tranquille. Jusqu'au 20 mai, il n'y eut pas de changement notable, nous noterons seulement que le malade maigrissait très rapidement, les signes stéthoscopiques restaient toujours les mêmes.

Le 20 mars, au soir, le malade veut se lever. On a beaucoup de peine à le maintenir au lit, toute la nuit il se montre très agité.

Le 21 mai, au matin, l'agitation est extrême, le malade ne reste pas un instant tranquille ; tout le temps il veut se lever ; se met debout sur son lit ; réussit quelquefois à sauter à terre et à se sauver dans la ruelle.

Mais ce qui est remarquable, c'est qu'au milieu de cette agitation de tout le corps, la face est absolument impassible et le malade ne prononce pas une parole.

Cette période d'excitation, pendant laquelle on est forcé de mettre la camisole, se prolonge jusqu'au 29 mai. A partir de cette époque, le calme reparait peu à peu, et le 4 juin, nous retrouvons le malade dans l'état où il

était lors des premiers accidents, il est plus calme, impassible et ne prononce plus une parole.

A partir du 13 juin, il se remet à parler, mais seulement devant le surveillant de la salle ; si nous l'approchons, il reste complètement muet. Pourtant, le 21 juin, il prononce quelques paroles devant nous. Il nous dit qu'il se porte très bien et qu'il ne souffre de nulle part.

Jusqu'au 20 juillet aucun changement ; seulement de temps en temps son état de calme est troublé par un peu d'excitation, il veut se lever, s'agite, mais on parvient facilement à le calmer, et ces périodes d'agitation durent au plus une heure ; à partir du 21 juillet, l'état du malade s'aggrave, la diarrhée augmente, ainsi que l'albuminurie, la respiration devient rapide et embarrassée, les phénomènes vont s'accroissant et le 26 juillet au soir, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie.

Pendant toute cette période agonique, il est resté très calme.

Autopsie, faite le 28 juillet, à dix heures.

Poumons. — Le poumon gauche est complètement adhérent à la paroi thoracique. Il nous est tout à fait impossible de l'enlever, en le incisant sur place on constate une énorme caverne occupant le lobe inférieur du poumon. Les parois sont tomenteuses mais presque complètement sèches.

La caverne ne contient presque pas de liquide, elle communique avec des cavernes petites et enfractueuses dont est creusé tout le reste du poumon. A droite, on

peut arriver à rompre les adhérences pleurales quoiqu'elles soient encore très serrées et très dures. Le poumon présente à son sommet une caverne à parois sclérosées. Au-dessous, quelques noyaux de bronchopneumonie tuberculeuse. Mais la partie inférieure des poumons est absolument saine.

Cœur, mou et flasque, un peu volumineux.

Foie, gros et congestionné.

Reins. — Les deux reins sont volumineux, ils se laissent facilement discortiquer.

Leur coloration est d'un violet sombre. A la coupe on constate cette couleur violette diffuse. Pas de tubercules, de petits morceaux ont été durcis par l'acide osmique et l'alcool, on a pu facilement constater au microscope les lésions de la néphrite diffuse.

Encéphale. — Sur la convexité du cerveau, les méninges paraissent légèrement infiltrées de sérosité. Le liquide est surtout abondant autour des grosses veines. A la partie postérieure de l'hémisphère droit, qui est auprès du lobul pariétal inférieur, on note un peu de liquide de coloration jaunâtre. Mais il ne s'agit là encore que de sérosité, et en portant quelques gouttes sur le microscope, on constate qu'il n'y a que peu de leucocytes. La face inférieure du cerveau présente encore un peu d'œdème; mais pas plus ici, que sur la face convexe, on ne trouve de tubercules, ni d'exsudats.

Les scissures de Sylvius en particulier ont été exami-

nées avec beaucoup de soin ; on n'y a rien trouvé d'anormal.

Après cet examen, on enlève les méninges. L'opération a été très facile.

Chaque lambeau a été étalé dans l'eau et examiné supérieurement ; on n'y a pas trouvé d'altération, les artères cérébrales étaient toutes parfaitement saines. Des coupes ont été pratiquées sur le cerveau ; ces coupes étaient d'environ un centimètre et n'ont laissé découvrir aucune altération.

Il n'y avait pas d'hydropisie ventriculaire.

Ce malade était évidemment en état de stupeur, dont il est sorti pour quelque temps pour retomber dans le même état aussitôt après. Ce qui constitue le plus grand intérêt de cette observation, c'est la nécessité de faire le diagnostic entre la méningite tuberculeuse, à laquelle il était très naturel de penser chez un tuberculeux pris de phénomènes cérébraux et l'aliénation mentale. Il présentait des symptômes qui étaient en faveur de la méningite comme la raideur de la nuque, la raie méningitique et d'autres comme absence des vomissements, et la diarrhée, qui étaient contre ce diagnostic. Il est vrai que la marche et le caractère de l'affection ne présentaient pas le tableau de méningite classique, mais la méningite tuberculeuse peut revêtir surtout chez l'adulte tant de formes,

qu'il n'est pas toujours facile de se prononcer. Quoiqu'il en soit dans les cas pareils, il faut penser à la possibilité de la folie et réserver son diagnostic.

OBSERVATION II

Khmelewski : Amélioration du processus de tuberculose pulmonaire sous l'influence d'une psychose neurasthénique (*Arkiv Psichiatrici*, P. XXVII. N. 2). 1896.

La malade E., âgée de 30 ans. Antécédents peu abondants. Sa mère est morte d'une maladie mentale ; père et frères bien portants. E. était toujours nerveuse, impressionnable ; l'inégalité de son caractère et sa défiance la rendaient insupportable chez elle.

Ayant obtenu le brevet supérieur, elle alla au Caucase comme institutrice. Elle était bien portante.

Il y a deux ans et demi à peine les signes de la tuberculose pulmonaire parurent pour la première fois ; elle souffrait de la poitrine, oppression, amaigrissement, fièvre. Les médecins constatèrent de l'induration de deux sommets et de la température à marche irrégulière. Il paraît qu'elle avait des hémoptysies ; en outre à la même période elle eut une pleurésie. Comme traitement : repos, suralimentation. Nous ignorons ce

qui s'est passé jusqu'à 1893, époque d'apparition de troubles cérébraux. A cette époque elle commença à se plaindre à tout le monde, qu'elle était en butte à des persécutions, qu'on lui en voulait, qu'on la privait des subsides en raison de son état de maladie et qu'on allait la séquestrer. Elle était toujours en mouvement, ennuyait tout le monde par ses réclamations continuelles. Souvent on la trouvait écoutant aux fenêtres des maisons où elle supposait qu'on faisait des complots contre elle.

Enfin ses propos devinrent incompréhensibles. On l'interna donc à l'asile d'Odessa. Ce qui nécessita cette mesure ce fut que son agitation augmentait ; elle essaya de se suicider par étranglement ; elle criait qu'elle n'était pas folle et qu'on cherchait à la perdre. Le 20 juin 1893, E. arrive à l'asile. Elle est de taille moyenne, très amaigrie avec les muscles atrophiés ayant *habitus phtisicus*, d'une teinte jaunâtre à reflet terreux. Les seins très peu développés. Dentition très mauvaise. Pas d'asymétrie. L'expression terrifiée, suppliante ; très agitée. A toutes les questions répond qu'elle n'est pas folle. L'examen physique est impossible. La 1^{re} semaine de séjour très agitée, demande sa sortie. La présence des personnes étrangères la rend plus agitée. Mange et dort bien.

28 juillet. — Agitation diminue, on peut tirer quelques phrases raisonnables, mais le mieux ne se maintient pas longtemps. Les premiers jours d'août on exa-

mine la malade dans une période de calme. Pas de stigmates d'hystérie. Ventre gros. Cœur normal. Lésions d'induration de deux côtés ; plus prononcées à gauche. Température, matin 37-37,5 ; soir 37,6-38,5.

2 août. — Plus calme, crie moins, demande du papier pour décrire ses souffrances et ses persécutions.

10 août, 10 sept. — A des courtes périodes d'accalmie (de 1, 1/2 heure à 3 h. par jour).

Pendant le calme la malade paraît faire des efforts pour s'opposer à l'agitation qui allait la reprendre. Elle dit être internée par des intrigues de ses ennemis ; qu'elle ne sortira jamais. Au bout de quelques minutes elle se met à geindre, pleurer, demandant sa sortie. Son délire est concentré sur l'idée qu'elle était internée pour la vie ; qu'elle doit y mourir ; il n'est pas systématisé ; il a plutôt le caractère d'une idée fixe, d'une phobie pathologique. Pendant son séjour dans la salle commune elle essaye de piquer avec une épingle les autres malades et de les pincer. Dans ses accès d'agitation elle déchire tout, gâte et souille les murs avec des matières fécales. Elle dit faire ça par désespoir ; en effet, elle paraît se rendre bien compte de ce qui se passe autour d'elle. Pas d'hallucinations ni d'illusions dans le début. Sommeil de 7 à 8 heures par jour. Mange beaucoup (boulimie) ; on est forcé de la surveiller à ce point de vue. Elle digère bien. Son état général s'améliore, elle engraisse beaucoup. Les signes d'induration disparaissent peu à peu. La température ne dépasse pas 37,8 le soir.

Fin septembre. — Les cheveux tombent.

Milieu d'octobre. — Calme, mais tracassière, mange beaucoup. Tousse peu.

Température normale.

Fin octobre. — Calme, mange un peu moins, se rappelle du passé, dit qu'elle était malade, ne pouvait pas se retenir de faire des extravagances pendant sa maladie. Très impressionnable. Peu de signes aux poumons, température normale.

La malade sort le 11 novembre en bon état de santé.

Suit la discussion de l'auteur sur le diagnostic que nous traduisons plus loin.

Cette observation présente quelques particularités que nous allons relever.

Le début de l'affection : état d'inquiétude, défiance, un délire vague de persécutions sans être fixé sur un sujet déterminé nous rappellent le paranoca dans la première période, dans la période de l'inquiétude et des fausses interprétations, mais même à cette période nous trouvons peu d'idées délirantes. La période suivante porte un autre caractère. A son entrée la malade se trouvait dans un état de désolation extrême et des craintes d'être internée à l'asile pour toute sa vie. Ses cris continuels et ses gémissements, et l'impossibilité d'obtenir d'elle une réponse sensée pouvaient porter à croire qu'elle était atteinte de mélancolie anxieuse. Contre ce diagnostic parlaient l'absence d'idées des accusations, que portent, en général, les malades de ce genre contre eux-mêmes

et l'absence d'idées d'humiliation et d'autre part l'appétit conservé avec alimentation plutôt au-dessus de la moyenne. Sommeil restait de même bon. Il est à noter, que la malade ne présentait pas d'hallucination et d'illusions, quoique, en ce qui concerne les dernières, la malade en avait évidemment en ville.

Pas de délire à proprement parler ; idées qu'elle est à l'asile pour toujours et qu'elle est destinée à y mourir porte plutôt un caractère d'idée fixe ; la malade ne discute pas, elle réagit comme on réagit habituellement dans les cas de phobies.

Cette pensée qu'on allait l'interner lui est venue avant la séquestration ; malheureusement nous ne trouvons pas la genèse de cette idée.

La sensation désagréable de quelque chose qui ne va pas, d'un danger menaçant, la pensée d'une maladie mentale à venir n'est pas rare dans la période prodromique des différentes psychoses ; mais chez notre malade il y avait autre chose ; elle craignait qu'on la rendit folle, quoiqu'elle soit saine d'esprit. Peu à peu cette idée fixe s'est raffermie et chassa les autres occupations. Les émotions violentes, les craintes et l'état de dissolution ne faisaient qu'augmenter et provoquèrent un état d'agitation furieuse, qu'on constate à l'asile.

Il est incontestable que nous avons affaire à un cas atypique des psychoses dégénératives, qui s'approche le plus des psychoses *neurastenicæ degenerativæ*.

Pour le caractère, dégénérative parle l'hérédité, quel-

ques stigmates de dégénérescence ; caractère inégal, impressionnabilité de l'enfance, impulsions (désir de piquer et pincer quand la malade se trouvait au réfectoire avec d'autres malades), boulimie.

OBSERVATION III

FEBVRE. — Observation de tuberculose et d'alcoolisme ; alternance de troubles intellectuels et de troubles physiques (*Progrès médical*, 1888).

Les certificats de notre malade sont ainsi libellés :

1° Est atteinte d'alcoolisme subaigu ; idées de persécution ; hallucinations de l'ouïe ; préoccupations hypochondriaques.

Signé : D^r LEGRAS.

2° Est atteinte de léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations pénibles ; des hommes noirs la poursuivent, la menacent ; elle entend des injures, tremblement des mains, quelques excès de boissons.

Signé : D^r MAGNAN.

La malade L... qui fait le sujet de cette observation, est une femme de 58 ans, pâle, amaigrie, profondément affaiblie ; sa voix très voilée semble indiquer une tuber-

culose laryngée. Interrogée sur ses antécédents personnels, elle nous raconte qu'elle a toujours eu une santé très délicate, que les moindres malaises ont provoqué chez elle des troubles du côté de la respiration ; que séquestrée pour la première fois à l'asile de Vaucluse, elle a été traitée dans cet établissement pour une pleurésie, qu'elle ne se fait pas illusion sur le sort qui lui est réservé, et elle ajoute : mon père, mon frère, deux de mes enfants sont morts poitrinaires, ma mère a été emportée par une fluxion de poitrine.

Depuis la suppression de ses règles, qui a eu lieu à 42 ans, son état s'est aggravé ; elle a été sujette à des *hémoptysies* ; aujourd'hui à l'auscultation on perçoit des craquements dans les deux sommets, ces derniers sont toutefois plus accusés à gauche : Comme on peut s'en convaincre par la lecture des notes médicales jointes au dossier de la malade, l'état mental est surtout caractérisé par des hallucinations de la vue et de l'ouïe qui se traduisent par l'apparition presque constante de deux hommes noirs qui poursuivent M^{me} L... de leurs menaces, qui lui ordonnent de détruire ou de tuer son mari. Elle sent le contact de leurs mains froides, glaciales sur son corps ; ils lui appliquent sur le front le canon d'un pistolet. Elle entend leurs voix menaçantes. A certains moments, elle se sentait poussée par une force irrésistible qui l'entraînait vers la fenêtre de sa chambre pour l'amener à se tuer *par précipitation* de ce lieu élevé ; un jour, en traversant le pont, elle était forcée de se

cramponner au parapet pour résister à cette force qui la poussait à se jeter dans la Seine, etc. Ces hallucinations avec leur caractère impulsif l'ont ainsi poursuivie près d'un an ; elles constituaient à elles seules toute l'affection mentale. L'affaiblissement intellectuel signalé plus haut était plutôt la paresse intellectuelle causée par un état de souffrance générale résultant à la fois de la diathèse tuberculeuse en voie de développement et de l'insomnie consécutive à des hallucinations aussi intenses. Quant aux préoccupations hypochondriaques elles étaient bien justifiées par cette hérédité fatale qui s'était annoncée à la malade par des *hémoptysies* répétées, par des *sueurs* profuses, par des accès de *dyspnée*, etc. Si, en effet, la plupart des *phthisiques* se font des illusions sur leur situation, quelques malades de cette catégorie sont loin d'avoir la disposition d'esprit connue sous le nom de Euphorie.

Cependant, depuis son arrivée à l'asile, la malade n'avait pas éprouvé d'indisposition grave, son affection de poitrine subissait un temps d'arrêt, on ne constatait plus de fièvre vespérale ; sous l'influence d'un régime reconstituant, son état général était devenu relativement bon ; elle ne se plaignait que de ses visions qui la hantaient jour et nuit. Le 19 mars 1888, elle est prise de frissons, de fièvre, de point de côté, de gêne de respiration ; une nouvelle poussée de tuberculose se déclare et exige le séjour au lit. A peine ce retour de la diathèse tuberculeuse s'était-il affirmé que les troubles intellec-

tuels disparaissaient complètement. La malade, depuis ce moment, est restée faible, mais heureuse d'être débarrassée de ses hallucinations, guérie mentalement, comme le dit le Dr *Marondon de Montyel* à propos d'une observation de guérison tardive observée à la suite d'une pleurésie tuberculeuse. Malgré son mauvais état de santé, elle demande sa sortie ; quelques jours après son départ, elle a été placée dans un hôpital.

Cette observation est intéressante à différents titres, mais nous désirons attirer l'attention surtout sur le caractère du délire qui s'est développé sous l'influence de deux causes : alcoolisme et tuberculose. Nous voyons les hallucinations terrifiantes durer un an, ce qui est extrêmement rare chez les alcooliques comme remarque avec juste raison l'auteur qui rattache cette particularité à la tuberculose qui est associée à l'alcoolisme dans le cas que nous présentons.

D'autre part, nous constatons la disparition du délire avec la marche plus rapide de la phthisie, de telle façon que la loi d'alternance, qui est si fréquente dans l'association de la phthisie avec les troubles nerveux, est confirmée encore une fois.

OBSERVATION IV

Observation tirée de l'article de KLIPPEL sur la paralysie générale et tub. pul. (*Ann. de psych. et d'hypnot.* 1891, n° 7).

Le nommé F. V., 41 ans, entré à la clinique en 1888, mort en juillet 1889. Symptômes classiques de la paralysie générale. A l'autopsie des adhérences de méninges entraînent la substance cérébrale sur de larges espaces. Nous détachons de son observation le passage suivant relatant l'état du poumon à l'autopsie.

La plèvre gauche est épaissie dans sa totalité et présente des fausses membranes très anciennes d'aspect et de consistance fibreuse. Tout le lobe supérieur est transformé en tissu caverneux. Il y a des cavernes multiples communiquant les unes avec les autres entourées de tissu ardoisé de pneumonie chronique : Leurs parois présentent des brides déchiquetées, épaisses et fibreuses. Il y a autour des tubercules disséminés, gris ou caséeux. Il s'agit évidemment des lésions chroniques et anciennes. Le tissu des parois et la surface des cavernes impliquent, en effet, des lésions en évolution depuis longtemps. Le second poumon présente une caverne à son sommet. Au-dessus il y a un bloc caséeux ancien, entouré d'un tissu dur formant une coque de 5 à

10 millimètres. Dans le reste, des tubercules disséminés gris ou jaunes.

OBSERVATION V

KLIPPEL. — Paralyse génér. et tuberc. prilin. (*Ann. de psych. et d'hypn.* 1891.)

Le nommé Laver..., garçon laitier, 45 ans, entré le 1^{er} décembre 1888, mort le 11 juillet 1889, était un paralytique général reconnu cliniquement et présentant à l'autopsie des adhérences et des érosions caractéristiques. Le sommet droit du poumon présentait de la pneumonie ardoisée avec des tubercules très anciens dont quelques-uns étaient jaunes et caséux. Aucun ramollissement. Même pneumonie chronique au sommet gauche, mais sans tubercules à l'œil nu.

Le microscope démontre qu'il s'agit des tubercules bacillaires, avec processus de pneumonie chronique d'ancienne date. Bronchopneumonie récente. On trouve au niveau du cou des cicatrices des ganglions suppurés.

Comme fait remarquer Klippel avec juste raison, c'est donc la tuberculose à marche lente, essentiellement chronique, fibreuse et quelquefois même des cavernes en voie de cicatrisations qui donnent naissance à la paralysie générale.

„OBSERVATION VI (1)

Observation d'une hystérique internée à l'asile d'aliénés de la Charité et dont les troubles hystériques disparaissaient à mesure que la tuberculose pulmonaire faisait des progrès.

La malade L. entre à l'asile de la Charité à 1894, atteinte de manie hystérique. Elle est très agitée pendant longtemps. Elle a souvent des crises hystériques de plus en plus violentes. Par son caractère querelleur et par son agitation continuelle, elle devint la terreur des autres malades et des employées. L'état général était excellent.

A la fin de 1895, la malade s'est calmée considérablement ; en même temps, elle se plaignait de tousser, d'être malade. On l'examine et on trouve des lésions pulmonaires aux deux sommets.

La malade se calmait de plus en plus et les lésions pulmonaires faisaient des progrès considérablement ; enfin, au milieu de 1897, la malade meurt de tuberculose pulmonaire avec des cavernes, étant très calme et ayant même attiré les sympathies des employées, qu'elle terrorisait auparavant.

(1) N'ayant pas pu retrouver l'observation de cette malade, nous ne la rapportons qu'en résumé.

OBSERVATION VII

GRASSET. — (*Montpellier, Médical.* 1884.)

Vict. S. 25 ans, journalière, entrée le 22 février 1893, salle.

A. H. — Mère asthmatique, deux frères tuberculeux, 3 frères et sœurs morts tuberculeux de 15 à 30 ans.

A. P. — Fièvre typhoïde en 1888.

En 1891, atteinte de tuberculose du larynx et du pharynx, soignée par des cautérisations d'acide lactique et compliquée de spasme glottique ayant nécessité la trachéotomie.

En 1892, a eu plusieurs hémoptysies excessives assez abondantes et a été soignée pour un début de tuberculose pulmonaire.

En 1893, la malade est prise subitement d'un accès d'hystérie, spasme de la glotte et asphyxie menaçante ; tous les phénomènes cèdent à l'inspiration de quelques bouffées de chloroforme.

Le lendemain, elle se plaint de palpitation, d'essoufflement, lipothymie, suivie d'un léger étourdissement dans les membres.

A l'examen des poumons, submatité au sommet droit arrière et la respiration rude, saccadée ; pas de craquements. Elle tousse, crache un peu. L'examen des crachats affirmatif.

Elle présente des stigmates d'hystérie et de plus la chute de la paupière supérieure droite. Les jours suivants, elle présente des crises hystéro-épileptiques. 2 ou 3 mois après, la malade revient à Laennec, n'ayant plus de crises hystériques, mais se plaignant de toux, hémoptysie, amaigrissement et sueurs la nuit. On trouve au sommet droit des râles humides et de submatité.

De plus, elle a été reprise peu de temps auparavant par des accidents de tuberculose laryngite avec spasme de la glotte qui ont nécessité une nouvelle trachéotomie. Pendant son séjour à l'hôpital où elle est soumise au traitement anti-tuberculaire, les accidents tuberculeux s'atténuent, mais les accidents nerveux augmentent sous l'influence d'une idée fixe, préoccupations matrimoniales.

La malade a été revue par M. Dreyfus Brissac, en janvier 1896, son état général était excellent. Les signes pulmonaires avaient presque complètement disparus ; la malade était encore hystérique, mais depuis longtemps elle n'avait plus de crises glottiques.

Les deux observations (VI et VII) confirment les données sur l'alternance et la succession de l'hystérie et de la phthisie, qu'on rencontre quelquefois chez les malades que nous étudions. En effet, la malade en question est issue d'une souche arthritique et a des collatéraux tuberculeux. Elle se tuberculise à son tour ; survient l'hystérie et les phénomènes de consommation s'amendent.

Chez la seconde malade, nous voyons une marche inverse. L'hystérie disparaissant devant la tuberculose affectant une marche rapide.

OBSERVATION VIII

Observation due à l'extrême obligeance du Docteur LONDE.

Henriette Mur... âgée de 31 ans était entrée à la Salle Cruveilhier, dans le service de M. Charcot, le 24 juin 1890.

Antécédents héréditaires. — Son père s'est pendu ; sa mère est morte jeune. Elle a un frère qui vit encore, 3 cousines germaines hystériques du côté du père.

Antécédents personnels. — Son mari est mort il y a 3 ans « d'une bronchite ». Ils ont eu 3 enfants. L'aînée est morte du « carreau » à 2 ans. Reste un garçon de 14 ans qui paraît bien portant et une fille de 8 ans.

Elle-même a toujours été nerveuse ; elle eut une attaque de nerfs le jour de son mariage. Depuis 7 ans, elle est soignée pour une bronchite.

C'est pour des accidents hystériques : grandes attaques et sciatique, qu'elle entre à la Salpêtrière.

M. le Dr Lamy alors interne de service nous a aimablement transmis les renseignements suivants :

Hémianesthésie profonde ; sciatique gauche avec les

points douloureux classiques ; déviation de la colonne vertébrale du côté opposé (scolion croisée).

Il existait des phénomènes spasmodiques du côté de la sciatique, exagération considérable des réflexes tendineux du genou, phénomène des pieds.

Phénomènes spasmodiques également du côté gauche, mais à un degré moindre.

Cette sciatique a diminué d'intensité vers le milieu de l'année 1892, mais la scolion et les phénomènes spasmodiques ont persisté.

Dès la fin de la même année, elle commença à avoir des maux de tête violents.

Au mois de février 1893, Henriette M... fut prise de vomissements quotidiens répétés, presque incoercibles. Elle toussait peu.

Au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, il y avait une zone hystérogène.

Elle n'eut jamais d'hématémèses.

On employa en vain contre ces vomissements deux moyens thérapeutiques.

Ils persistèrent plus ou moins.

La céphalée qui avait diminué revint en mars pour durer jusqu'en mai.

Il ne se passait pas de jour sans que la malade rendit un peu de lait caillé matin et soir. Tout en conservant une partie de ses aliments, elle perdait ses forces et commençait à se cachectiser.

Pendant cette période, la sciatique avait disparu ainsi

que la scolion et le phénomène du pied. La malade avait environ tous les 8 à 10 jours une grande attaque d'hystérie.

A la fin du mois de mai, la céphalée devint excessive et fit penser à la méningite tuberculeuse, car il existait de la submatité et quelques légers râles au sommet gauche.

Plusieurs fois Henriette M... s'était plaint de pleurodynie assez vive.

Jusqu'alors elle avait conservé une certaine gaieté malgré ses souffrances, elle devint plus irritable, plus triste et se plaignit qu'on ne la guérissait pas.

La céphalée résista au traitement comme les vomissements et à partir de ce moment, la malade dut conserver le ballon de glace sur la tête.

Au commencement de juin apparurent des douleurs dans les jambes. Elles étaient assez vives pour arracher des cris à la malade. Elles pouvaient être provoquées par le moindre attouchement.

Pourtant les réflexes purent être cherchés et furent trouvés faibles. La céphalée s'était un peu atténuée et le malade riait encore volontiers à tel point qu'on pouvait encore avoir quelques doutes sur le diagnostic.

Pourtant le 5 juin, on constata de l'irrégularité du pouls. Pas de constipations. Pas encore de phénomène oculaire. Pas de délire. C'est alors que l'on pensa à chercher dans les urines un dernier élément de diagnostic.

D'ailleurs, dès le lendemain, la scène changeait brusquement.

L'irritabilité de la malade devenait de l'excitation, rien du délire.

Néanmoins on pouvait encore causer avec elle et même plaisanter.

Elle se plaignait de ses voisins qui la considéraient, disait-elle, comme une femme saoule. Température normale.

Le 11 juin, on constata de l'inégalité pupillaire. Elle avait nettement des idées de persécutions.

Le 12, l'inégalité pupillaire avait disparu et le pouls paraissait régulier.

La malade parlait d'une façon entrecoupée en chantant, puis se mettait à éclater de rire. Les jambes avaient l'air moins douloureuses. Elle se levait sur son lit et voulait partir.

Elle accusait toujours ses voisins.

13 juin. — Même état d'excitation, la malade renverse la tête en arrière, elle paraît avoir certaine peine à ouvrir la paupière.

14 juin. — De nouveau, inégalité pupillaire mydriase à droite. Chute de la paupière gauche. Pouls irrégulier. Nuit très agitée. Hallucinations de l'ouïe. On lui dit des injures. Le soir, elle est abattue. Température 37.4. Température, mat 38.2.

15 juin. — Chute de la paupière moins marquée. La malade entend toujours des voix. Nuit calme. Torpeur cérébrale évidente. Pourtant on arrive encore à la faire rire. Le soir. Température 38.8.

Dans la journée, elle a pu reconnaître encore son fils.

16 juin. — Pouls faible et irrégulier, coma, bouffissure de la face.

Températ. mat. 40°,2.

Mort à 6 h. du soir.

1/4 d'heure après le décès la température prise dans le rectum s'élevait à 43°,9.

Urines. — Il existait des trous à peine sensibles d'albumine dans les urines (7 juin), pas de sucre.

En raison de l'hystérie antérieure bien constatée, en raison, même après l'apparition des premiers phénomènes méningés, de la persistance de certaines allures hystériques (sans accidents hystériques à proprement parler), il a paru intéressant d'analyser les urines et de rechercher surtout le rapport des phosphates alcalins aux phosphates terreux. M. Yvon a bien voulu se charger de cette tâche et nous l'en remercions. Le tableau ci-joint qu'il nous a communiqué présente quelques particularités dignes d'être relevées.

La quantité des urines a été extrêmement variable puisqu'elle a varié d'un jour à l'autre du simple au double. Et l'on a la certitude que toutes les urines ont été recueillies intégralement ou à peu près puisque la densité a varié dans le même sens, tandis que le chiffre de l'urée aux mêmes jours n'a guère changé que d'une unité. Quant aux phosphates, quatre fois sur cinq le rapport des terreux aux alcalins est resté au-dessus de 1 à 2 1/2 et en moyenne le rapport est de 1 à 2,9, c'est-à-

dire en somme au chiffre normal puisque le chiffre est fixé à 3.

Dès le premier jour des analyses le rapport trouvé de 1 à 4 fixait le diagnostic dans le sens de la méningite tuberculeuse et permettait de porter le pronostic le plus grave malgré l'aspect hystérique qu'avait conservé le malade, du moins jusqu'à la date du 6 ou 7 juin.

Henriette M.

22 h. après la mort.

Autopsie. — Le cadavre est violacé, surtout l'extrémité.

Cerveau congestionné, peu de sérosité dans les ventricules, granulations nettes dans la scissure du sylvius de l'hémisphère non conservé.

Piquée hémorragique.

Méninges rachidiennes congestionnées.

Rares granulations vers les régions dorsales et lombaires sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde.

Ce qui frappe, c'est un foyer ramolli situé à la partie inférieure de la région dorsale et large de 5 centimètres.

A ce niveau les méninges internes sont déchirées ou détruites et ecchymotiques à tel point que l'on croyait à un traumatisme.

Mais en sectionnant la moelle on voit que le ramollissement existe au-dessus et au-dessous de ce point à un moindre degré, et n'a pas l'aspect d'un point.

Il n'y a pas d'épaississement très notable des ménin-

ges. Mais l'aspect de la moelle est boursoufflé, tomenteux ou granuleux.

Poumon congestionné presque hémorragique, surtout aux sommets, quelques granulations au sommet gauche diminuées. Sur un point seulement où il y a 2 ou 3 granulations confluentes la tuberculose est évidente.

Foie volume normal.

Rate normale

Estomac rouge hémorragique à la grande courbure jaune verdâtre ailleurs.

Pas d'ulcérations.

Reins, substance corticale blanchâtre.

Cœur. — Valvules mitrales légèrement boursoufflées et granuleuses sur les bords.

Tableau analytique de l'urine de Henriette M

Dates	Vol.	Densité	Urée p. lit.	Urée p. 24 h.	Acide phosphorique				Total		Rapp. de phosphates
					Alcal.		Terreux		p. lit.	p. 24 h.	
					p. h.	p. 24 h.	p. h.	p. 24 h.			
6 au 7 juin.	550	4,016	41,75	6,46	4,471	0,809	0,329	0,181	4,800	0,290	$82 \frac{0}{0}$ soit 1 à 4. $18 \frac{0}{0}$
7 au 8 "	1400	4,015	7,25	7,97	0,943	4,037	0,300	0,330	4,243	1,357	$75 \frac{0}{0}$ soit 1 à 3. $25 \frac{0}{0}$
9 au 10 "	1250	4,014	6,50	8,12	0,710	0,887	0,270	0,338	0,980	1,225	$72 \frac{0}{0}$ soit 1 à 2,5. $28 \frac{0}{0}$
10 au 11 "	1850	4,008	4,25	7,86	0,614	4,136	0,324	0,608	0,938	1,744	$65 \frac{0}{0}$ soit 1 à 1,8. $34 \frac{0}{0}$
11 au 12 "	650	4,016	7,25	4,74	1,400	0,715	0,400	0,260	1,500	0,975	$73 \frac{0}{0}$ soit 1 à 2 1/2. $27 \frac{0}{0}$

Cette observation présente un très grand intérêt. Chez une hystérique avérée éclatent des phénomènes cérébraux. On se pose la question, si on a affaire à une manifestation hystérique ou à une méningite tuberculeuse, à laquelle font penser des signes pulmonaires ; pour établir le diagnostic, on fait l'analyse de l'urine pour voir s'il y a inversion des phosphates, et après examen fait par M. Ivon, on constate, comme indique le tableau que nous donnons plus haut, que l'inversion des phosphates n'existe pas dans le cas actuel. On élimine donc le diagnostic de manifestation hystérique et on reste en face d'un diagnostic de méningite tuberculeuse, qui dans le cas particulier eut été certainement possible. Il n'y en a pas moins eu la vérification d'un fait intéressant.

OBSERVATION IX

DUCROUX. — Contribution à l'étude de la neurasthénie
(Thèse de Paris, 1895).

M. P... cultivateur, est issu d'une famille arthritique ; son père est affecté d'eczéma des jambes. Deux de ses frères sont tuberculeux. Un autre est sujet aux migraines et à des hémorroïdes.

Sa mère est obèse. Lui-même a fait son service mili-

taire dans la cavalerie, sans malaise d'aucune sorte et s'est toujours bien porté jusqu'en 1892.

En 1892, après avoir soigné pendant plusieurs mois un de ses frères, il ressent les premières atteintes de la tuberculose. Lésions légères et peu étendues au sommet droit, amaigrissement, sueurs, etc.

Sous l'influence d'un séjour dans le Midi et d'une médication énergique, M. P. se rétablit complètement.

Il engraisse, cesse de tousser, mais en même temps que ses muscles reprennent leur grosseur normale, ses forces s'en vont et il est hors d'état de s'occuper de sa culture à laquelle il travaillait auparavant très activement. La moindre marche, le fait de monter les escaliers, l'essoufflent ; cependant l'auscultation ne révèle qu'une légère obscurité du son et de la respiration sous la clavicule droite. L'examen d'urine décèle un excès d'acide urique, une diminution notable de l'urée bien que l'appétit soit conservé et même assez considérable.

En même temps, le malade qui n'éprouvait autrefois que quelques migraines, se plaint d'une céphalalgie grave très différente des accès antérieurs ; il lui semble, suivant l'expression consacrée, qu'il a un casque trop lourd. Son caractère s'est également modifié, il est devenu très impressionnable et irritable, ne pouvant supporter un bruit inattendu ni une contradiction. Son état le préoccupe beaucoup, bien que rien n'indique chez lui une nouvelle poussée tuberculeuse.

Ces phénomènes neuropathiques contrastent d'une fa-

con curieuse avec le facies animé et l'air robuste de F.

Nous relevons ici la neurasthénie, développée sous l'influence de la tuberculose et ayant pris sa place.

OBSERVATION X

Observation prise dans le service de M. le Dr TAPRET, à l'hôpital Lariboisière (*personnelle*).

La malade C., âgée de 48 ans, fleuriste, entre à l'hôpital pour l'affection pulmonaire, dont elle fut déjà soignée à différentes reprises.

A. H. Père nerveux, mort d'une maladie du foie. Mère morte de poitrine. Un frère alcoolique mort de fluxion de poitrine. Une sœur bien portante.

A. P. La malade a été élevée au sein; elle n'a rien présenté de particulier dans la première enfance, si ce n'est des maux d'yeux.

A l'âge de 6 ans, elle eut la coqueluche. Pas de rougeole, ni scarlatine, ni fièvre typhoïde. Elle commença à travailler à l'atelier à partir de 13 ans.

Les premières règles à 17 ans; elle a commencé à tousser en même temps. A ce moment, elle était pâle, présentait des troubles digestifs, des palpitations du cœur fréquentes. Règles irrégulières. Le médecin pensait à un début de phthisie pulmonaire.

Elle se marie à 21 ans. Son mari était asthmatique et mourut onze ans après le mariage, très amaigri.

Elle eut 4 enfants de son mari, elle en a perdu deux de méningite (à 3 mois et à 24 mois). Un garçon, qui lui est resté bien portant, eut deux enfants, dont un est mort de méningite. Elle a en outre une fille toussieuse, qui a eu une congestion pulmonaire.

Elle s'est remariée avec un alcoolique qui fut interné à deux reprises différentes à Villejuif. Elle eut avec lui 4 enfants, dont trois moururent de méningite à bas âge.

Il y a 3 ans elle eut sa dernière couche. Depuis, elle ne s'est jamais relevée complètement ; ses forces déclinerent notablement ; elle tousse davantage et eut plusieurs hémoptysies.

Depuis 3 ans, elle est sujette à des crises syncopales rappelant les accès de l'angine de poitrine.

Il y a deux ans, sans cause appréciable parurent du côté des doigts des phénomènes sur lesquels nous allons insister et qui persistent toujours.

Sous l'influence du froid, les deux premières phalanges des doigts deviennent violacées. La malade ressent auparavant quelques fourmillements, ensuite la teinte violacée tirant même sur le noirâtre apparaît et les doigts deviennent froids. A ce moment, elle sent des élancements dans les doigts, qui lui font très mal. Elle les réchauffe et tout rentre relativement en ordre. La teinte violacée disparaît progressivement ; les fourmillements persistent

encore quelque temps. Pendant la crise le sens du toucher est nul.

Dans les intervalles des crises, on ne trouve pas de troubles de sensibilité à la piqure, mais une légère diminution de sensibilité au toucher. Pas de troubles de sensibilité au froid et à la chaleur. Elle n'a jamais eu de gangrène ni de phlyctènes.

La malade fut forcée de laisser sa profession de fleuriste à cause de l'émoussement du sens du toucher. Les mains n'offrent rien de particulier ; les ongles sont légèrement violacés et présentent l'aspect de doigts hypocratiques.

Cœur. — Rien ; les artères très légèrement athéromateuses.

Ramollissement du sommet gauche, induration du sommet droit. Dans le reste de deux poumons, des nombreux rôles souscrépitants.

Menstruation commence à présenter des irrégularités.

Dans les autres organes, rien de particulier à noter.

Chez cette malade dont l'hérédité est chargée de tuberculose et de manifestations tuberculeuses du système nerveux, tuberculeuse elle-même, nous ne pouvons pas admettre l'artériosclérose comme facteur unique de sa maladie de Raynaud, étant donné son âge et surtout l'état relativement bon de ses vaisseaux.

Nous ne pouvons non plus incriminer l'arrêt

de la menstruation. Nous sommes alors en droit d'invoquer la tuberculose en faisant remarquer toutefois qu'il y a aussi un léger degré d'athérome ; cette association morbide n'est pas, on le sait, exceptionnelle.

OBSERVATION XI

Observation prise dans le service du Dr TAPRET
(personnelle).

Cath. Bassot, âgée de 23 ans, entrée salle Louis le 22 avril 1897, pour des accidents gastriques rebelles, qui l'ont rapidement cachectisée.

Nous apprenons que la malade s'enrhumait facilement, qu'elle a toussé tout l'hiver dernier et que sa toux a disparu depuis 3 mois. Elle a continué à s'affaïsser néanmoins. D'abord ce sont des hésitations dans la marche qui l'ont obligé à rester assise ou couchée. Elle a cru simplement à de la faiblesse causée par son rhume. Puis elle a été prise de tremblements dans les membres inférieurs qui apparaissaient lorsque la malade voulait faire un mouvement, et cessait aussitôt à la manière du tremblement de la sclérose en plaques. Peu à peu sont survenus des vertiges et de la céphalalgie. Pas de paralysies vraies. Rien du côté des réflexes. Il y a un mois que cette douleur de tête dure.

Elle vomit. Ses vomissements se font facilement, une heure après les repas, ou apparaissent par crises. Les premiers ne sont pas douloureux. Quant aux derniers, ils sont pénibles et ne cessent que par l'emploi de la morphine.

L'alimentation, quoiqu'on fasse, est impossible. Pas de troubles de la vue ; rien du côté de l'oreille. Pas de fièvre, on note de l'hypothermie ($35^{\circ}8$ à 36 ; jamais de 37° la température rectale, bien entendu).

A l'auscultation ; on trouve des signes de bronchite chronique et de l'emphysème aux deux sommets ; quelques frottements à la base gauche. Pas d'expectoration. On soupçonne la tuberculose.

On ne trouve rien à l'examen d'urine. Elle a de la constipation opiniâtre. Pas d'accidents syphilitiques. Le 30 mai, la malade tombe dans le coma la nuit, et après avoir présenté quelques secousses épileptoïdes, meurt.

A l'autopsie, nous trouvons de la pneumonie chronique, avec les bronches un peu dilatées au sommet gauche. Quelques granulations grisâtres au même sommet. On note de l'adhérence pleurale à gauche. Traces de pleurésie ancienne qui a dû être très importante :

Du côté de la tête, nous constatons de l'opacité de l'arachnoïde ; la pie-mère est épaissie par plaques ; il y a de l'adhérence entre les méninges. La couche corticale se détache quand on la décortique. La substance grise est pâle. Pas de granulations apparentes nulle part. La quantité du liquide céphalo rachidien est un peu

exagérée. On ne trouve pas d'hémorrhagie méningée.

Cette malade est intéressante à plusieurs titres. Le tremblement particulier qu'elle présentait aux membres inférieurs simulant le tremblement de la sclérose en plaques. Les autres symptômes pouvaient faire penser à la méningite à forme anormale, ce qui est fréquent comme on le sait chez l'adulte. A l'autopsie, on ne trouve pas de tubercules, on constate des lésions de pachyméningite. Il ne s'ensuit pas que nous rejetions l'idée de méningite tuberculeuse. Il est regrettable que l'examen microscopique n'aie pas été fait ; c'est lui seul qui aurait pu nous dire avec certitude que nous n'avions pas affaire à la méningite tuberculeuse en prouvant l'absence de granulations.

OBSERVATION XII

Observation prise dans le service du Docteur TAPRET

(personnelle).

Alexandre B., âgé de 47 ans, entre le 2 juillet 1897, salle Bazin. Ce malade tousse depuis longtemps. A l'auscultation, nous trouvons sous la clavicule droite les signes d'une excavation. A gauche, nous entendons dans

la fosse sus-épineuse des craquements et des frottements caractéristiques.

On ne trouve rien dans les autres organes. On constate une quantité notable d'urobiline dans l'urine. Le malade semble se comporter comme tous les tuberculeux chroniques auxquels on accorde quelques semaines d'hospitalisation pour les reposer et les remettre en équilibre si faire se peut :

Un jour, il se plaint (le 35^e jour de son séjour) d'une douleur vive siégeant sur le dos du pied gauche. La veine dorsale est dure et contient très certainement un caillot : Le lendemain, l'œdème du pied est très accusé. C'est donc à une thrombose que nous avons affaire.

Elle reste circonscrite et évolue en 15 jours. Après ce temps, on ne retrouve plus de trace de *phlegmatia alla dolens*. Son état général reste bon. Pendant les cinq premiers jours, il y avait une élévation de température le soir à 38°.

Il part à la campagne.

Vers la fin d'octobre, il revient avec une thrombose du bras droit qui évolue de la même façon. Sa thrombose fait peu de progrès, 3 semaines se passent et le malade se plaint à la visite du soir de lourdeur de tête et de troubles de vue. Il ne dort pas de la nuit et le matin nous le trouvons avec de la céphalalgie et un commencement de strabisme de l'œil droit. Il est pris d'un sommeil invincible et paraît être dans l'hébétude.

Dans la journée, il a des convulsions: Il a deux attaques successives.

Le lendemain (3^e jour) on constate de l'exophtalmie et de l'œdème des paupières. Dans l'après-midi il est repris de convulsions auxquelles succède un coma final.

A l'autopsie, on trouve des lésions pulmonaires aux deux sommets.

Foie, cœur, rein. — Sains.

Du côté de la boîte crânienne, nous constatons une thrombose de sinus caverneux, de l'œdème cérébral surtout marqué du côté des ventricules. Pas de tubercules.

Ici, encore, le début pouvait faire penser à la méningite tuberculeuse, mais étant donnés les antécédents du malade et l'exophtalmie et l'œdème de la paupière parus le troisième jour, nous avions le droit de soupçonner une thrombose de sinus caverneux. On n'a pas fait l'examen microscopique, mais il est probable qu'on n'aurait pas trouvé de tubercules, car c'est surtout dans la tuberculose à marche aiguë, que se forment les tubercules sur les parois, de telle sorte que nous croyons que la thrombose de sinus est produite dans notre cas par infection secondaire, et il doit y avoir une altération du sang, une prédisposition spéciale à la coagulation.

CONCLUSION

1. — On est frappé de la fréquence des troubles nerveux dans la tuberculose. Leur existence et le développement de la tuberculose chez des sujets dont le système nerveux est taré, semblent prouver que le système nerveux joue un grand rôle dans la défense de l'organisme contre le bacille.

2. — Quant à l'alternance des troubles nerveux et des exacerbations de la phthisie pulmonaire, nous y voyons la preuve que la modification de la nutrition, coïncidant avec les troubles nerveux, est favorable à la défense de l'organisme.

3. — Il faut se garder, en présence d'une complication nerveuse éclatant chez un phthisique, de la rapporter aveuglément à la tuberculose et il

faut se rappeler qu'elle peut être due à l'état nerveux antérieur, à une infection secondaire ou à une intoxication.

Vu le Doyen :

BROUARDEL.

Vu par le président,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DAREMBERG. — Sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte. 1) *Arch. gén. de méd.*, 1883, 1, 714-723.
2) *Compte-rendu soc. de biol.* Paris 1883.
- JACCOUD. — L'auto infection tuberculose. — *Gazette des hôpitaux*, 1892.
- FEBVRE. — Observation de tuberculose et d'alcoolisme ; alternance des troubles intellectuels et des troubles physiques. — *Progrès médical*, 1888, 448.
- MARGUERITE. — Etude sur les troubles sensitifs de la tuberculose aiguë. Paris 1885.
- Pthisie et folie par Ball. *L'encéphale*, 1881, 202.
- VANNI. — La neurasthénie et la tuberculose pulmonaire. — *Gazzetta Medica de Forino*, 1893.
- RENDU. — Société médicale des hôpitaux, 317, 1891. — *Encéphalite suppurative*.
- CONCHON. — Les abcès cérébraux d'origine pulmonaire. — *Thèse de Paris*, 1889.
- GRASSET. — *Montpellier médical*, 1884.
- HOFFMANN. — *De malo hysterico*, 1733.
- PIDOUX. — *Traité de Phtisie*, 1873.
- GIBOTTEAU. — *Thèse de Paris*, 1894. — De l'influence de l'hystérie sur la tuberculose pulmonaire.

